

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE* : _____
Année / mois / jour

*si 0-21 ans (complétez page 3)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

1 – ACCUEIL ET IDENTIFICATION

1.1 Usager

Adresse :			Numéro de téléphone :		
Ville :	Province :	Code postal :	Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Lieu de naissance :			Disponibilité de l'usager : AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>		
Capacité à se déplacer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :			Langue de communication : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		
			Besoin d'interprète : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
1.2 Intervenant pivot au dossier :			Direction / Service :		
1.3 Médecin de famille ou IPS :			Nom du GMF ou Clinique médicale :		
1.4 Personne-ressource :			Lien avec l'usager :		
			Téléphone :		

2 – INFORMATIONS DU RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent :	Titre d'emploi :
Direction / Service :	Établissement / Organisme / GMF :
Téléphone :	Télécopieur :

3 – ANALYSE DE LA DEMANDE (ou joindre l'évaluation)

3.1 Demande formulée par l'usager et identification du besoin prioritaire

3.2 Demande formulée par le référent

3.3 Éléments déclencheurs

3.4 Diagnostic ou hypothèse diagnostique (Joindre les rapport si disponibles)

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE* : _____
Année / mois / jour

*si 0-21 ans (complétez page 3)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

3.5 Antécédents et stratégie d'aide antérieure selon la nature de la demande

3.6 Facteurs de risque et de protection (ex : Réseau social, chute, etc.)

3.7 Risque suicidaire Requis ☐ Non-Requis ☐

POUR LES PERSONNES FORMÉES À INTERVENIR AUPRÈS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE À L'AIDE DES BONNES PRATIQUES :

Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire Cote finale : Vert ☐ Jaune ☐ Orange ☐ Rouge ☐

SI NON FORMÉ, POSER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES :

Est-ce que l'utilisateur pense au suicide actuellement ? Oui ☐ Non ☐
Est-ce que l'utilisateur a pensé au suicide dans les 3 derniers mois ? Oui ☐ Non ☐
A-t-il fait une tentative de suicide dans la dernière année ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, date : _____

SI L'USAGER RÉPOND « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES :

L'utilisateur envisage-t-il un plan pour le suicide (moyen, lieu, moment) ? _____
L'utilisateur est-il intoxiqué ou présente-t-il un enjeu lié à la consommation ? _____
L'utilisateur est-il impulsif ? _____
L'utilisateur a-t-il un réseau sur lequel il peut compter (filet de sécurité) ? _____

4. ORIENTATION ET RÉFÉRENCE

4.1 Pistes de solution (stratégie, intervention, entente, référence effectuée, conclusion)

4.2 Priorité

Tous (sauf DI-TSA-DP) : ☐ Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) ☐ Code 150 : P2 – Prioritaire (14 jours) ☐ Code 200 : P3 – Élevé (30 jours)

DI-TSA-DP : ☐ Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) ☐ Code 200 : P3 – Élevé (33 jours) ☐ Code 300 : P4 – Modéré (180 jours)

5. CONSENTEMENT

L'utilisateur ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet. Oui ☐ Non ☐

Signature du référent : _____

Date : _____

À compléter si usager âgé entre 0 et 21 ans
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____
Année / mois / jour

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

1 – MILIEU DE GARDE

Fréquentation Oui ☐ Non ☐

Nom de la garderie :

2 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE MOINS DE 21 ANS

Fréquentation scolaire Oui ☐ Non ☐

Nom de l'école (obligatoire) :

Niveau scolaire :

3 – COORDONNÉES DES PARENTS

Milieu de vie de l'enfant : si habite chez ses parents (*compléter les informations ci-dessous*)

Nom et Prénom du parent / tuteur 1 :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'usager :

Nom et Prénom du parent / tuteur 2 :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'usager :

☐ Même adresse que l'usager

☐ Même adresse que l'usager

Adresse :

Adresse :

Ville :

Ville :

Code postal :

Code postal :

Tél. (bureau) : poste :

Tél. (bureau) : poste :

Tél. (cellulaire) :

Tél. (cellulaire) :

Nom de la personne ayant la garde :

Nom :

Prénom :

Type de garde :